



GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
GIFTED AND TALENTED EDUCATION

OFFICE USE ONLY
Date Received: _____

Parent Request for GATE Re-Screening

Student's Name (Last, First) ____/____/____ _____ _____
Birth Date Grade Gender

Teacher _____
School

Address _____
Contact Phone Number

Mother's Name _____
Father's Name

Describe your child's attitude towards school and the reason you would like a re-evaluation:

PERMISSION FOR CERTIFICATION REVIEW:

The screening committee has my permission to collect and process information for the above named student for determining eligibility for the Gifted and Talented Education Program. I understand that screenings are held in February/March and depending on my child's score, a second evaluation may be administered before determining final eligibility.

Parent/Guardian Signature _____
Date

Please submit to the GATE Administrator at the District Office
lisa.lorona@gilroyunified.org



GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT GIFTED AND TALENTED EDUCATION

OFFICE USE ONLY
Date Received: _____

Petición de Asesoramiento

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre) ____/____/____ ____ ____
Fecha de nacimiento Grado Género

Maestro Escuela

Domicilio Teléfono de contacto

Nombre de la madre Nombre del padre

1. Describa la actitud de su hijo/a hacia la escuela y la razón por la que pide otra evaluación:

CONSENTIMIENTO PARA RE-EVALUAR CERTIFICACION:

El comité de evaluación tiene mi consentimiento para obtener y evaluar información sobre el estudiante de nombre antedicho para determinar elegibilidad para el Programa de Educación para Estudiantes Dotados y Talentosos. Entiendo que las evaluaciones son en Febrero/Marzo y dependiendo de los resultados de mi hijo/a se le administrará una segunda evaluación para determinar la elegibilidad.

Firma del Padre o Tutor Fecha

Por favor devuelva la forma a la administradora de GATE en la Oficina del Distrito Escolar
lisa.lorona@gilroyunified.org